



Número: **0800340-19.2023.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **19/01/2023**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA (AUTOR)	MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA registrado(a) civilmente como ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70088 694	09/03/2023 10:20	DOCS CONTESTAÇÃO	Documento de Identificação

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1912 CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/08/2022

NUMERO DO DOCUMENTO: PAG_8144605

VALOR TOTAL: 2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 02301

CONTA: 000001028106

Número da Autenticação

407A8D805C71ADEE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220036504 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA **Data do acidente:** 02/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA (EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE). P. 1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME O LAUDO DO IML N 03.01.06.01022.001630 22/01/2022.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
 Avenida Murilo de Lacerda

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 5801096
 Tel: 32162769 - CNES: 2293242

Paraná
PARAIBA
 Governo do Estado

Paciente JORGE HANBSON COSTA DE SOUZA	BAE 1220404	Data/Hora Entrada 02/02/2020 20:05:35	Data Bateria
Data de Nascimento 11/06/1987	Idade 32a 7m 23d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988405958
Nome MARIA JOSE COSTA DA SILVA	Bairro CENTRO	Município CONDÉ	Prontuário
Endereço ILZA RIBEIRO, S/N	Medico ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO TULIO DE OLIVEIRA CARVALHO	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Data/Hora Classificação 02/02/2020 20:05:35	Data/Hora Prescrição 02/02/2020 20:05:35	IP Cont. Regional 8564PB

ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE TRAZIDO PELO CB EM PROTOCOLO DE TRAUMA APÓS ACIDENTE MOTO-CARRO HÁ UMA HORA. NEGA TCE, PERDA DE CONSCIÊNCIA, NAUSEA OU VÔMITOS. EVOLUIR COM DOR EM MIO E MSD. ALERGICO A PENICILINA, SULFA E DIPYRIDOL. EXAME: LESÃO CORTO CONTUSA EM MIO COM DESALINHAMENTO DE MEMBRO; HD FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA D CD. IMOBILIZAÇÃO + ANTIBIOTICO PROFILAXIA + AGARDANDO LIBERAÇÃO DA CIRURGIA GERAL PARA CONDUTA!

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 7 DIAS!

PROCEDIMENTO

JOELHEIRA TALA

Conduta

Em observação

Enfermeiro

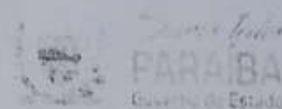
FRANCISCO TULIO DE OLIVEIRA CARVALHO
 (CRP 8554/PB)

Boletem registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 02/02/2020 20:06:13



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Gerado: Humberto L. L. L.



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593282

Paciente JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA	BAE 1220404	Data/Hora Entrada 02/02/2020 20:05:35	Data Baixa
Data de nascimento 11/06/1997	Idade 22a 7m 22d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988401998
Mãe MARIA JOSE COSTA DA SILVA		CNS 706800771447929	Prontuário
Endereço ILZA RIBEIRO, SN	Bairro CENTRO	Município CONDE	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VANESSA MATIAS FERREIRA	Nº Cons. Regional 26766/PE
Data/Hora Classificação 02/02/2020 20:05:35		Data/Hora Prescrição 02/02/2020 20:22:41	

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE TRAZIDO PELO CB EM PROTOCOLO DE TRAUMA APÓS ACIDENTE MOTO-CARRO HÁ UMA HORA. NEG. TCE, PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA OU VÔMITOS. EVOLUI COM DOR EM MID E MSD, ALÉRGICO A PENICILINA, SULFA E DÍPIRONA. A. VIA AÉREA PÉRVIA E SEM CERVICALGIA (RETIRO COLAR CERVICAL) B. TÓRAX BEM EXPANDIDO, EUPNEICO EM AA C. ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, ABDOMEN INDOLOR, PÉLVE ESTÁVEL. PROVÁVEL FRATURA EM TÍBIA DIREITA. PÉLVE ESTÁVEL D. ECG P 15 E. LESÃO CORTO CONTUSA EM MID COM DESALINHAMENTO DE MEMBRO. CONTUSÃO EM MSD CD ANALGESIA RADIOGRAFIA - AV DA ORTOPEDIA RAIOS X DE TÓRAX + FAST

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 100 ML SF 0,9%)

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA
RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ARTICULACAO TIBIO TARSICA DIREITO
RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
ULTRASSONOGRRAFIA - FAST

CID10

V21.4 - Motociclista traumatizado em colisão com um veiculo a pedal - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Em observação

Dr. Vanessa Matias Ferreira
Médica Residente de Cirurgia Geral
CRM - PE 25.768
CRM - PB 12.487

Enfermeiro

VANESSA MATIAS FERREIRA
CRM: 26766/PE;

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 02/02/2020 20:06:13



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
 COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BUENI
 UUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA QUARTE S/N
 FONE: 384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
 FAX: CNF:

Ficha Nr: 299056 Atd: Nao Regulado
 Data: 03/02/2020
 Hora: 02:10:04
 Responderista: GILMAR DE SOUZA CAVALANTI
 Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE
 Nome: JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA Num. de vezes atendido: 3
 Nome Social: NAO INFORMADO CFP: Num. Prontuario: 2017.02.002597
 Sexo: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3825451 Fone: 986733736
 Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 11/06/1998 Id: 21 ano(s)
 End.: RUA CHICARMO,0
 Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF: PB
 Mãe: MARIA JOSE COSTA DA SILVA Pai: FRANCISCO DE ASSIS DE SOUZA
 Estado Civil: ESTUDANTE Estado Civil: SOLTEIRO(A)
 Informacoes de Entrada Escolaridade: SUPERIOR INCOMPLETO
 Responsavel: JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA
 Tel/Doc. Responsavel: 986733736 / IDENTIDADE: 3825451
 Procedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA
 Vitima de acidente por: NAO
 Vitima de violencia por: NAO
 Caso Policial

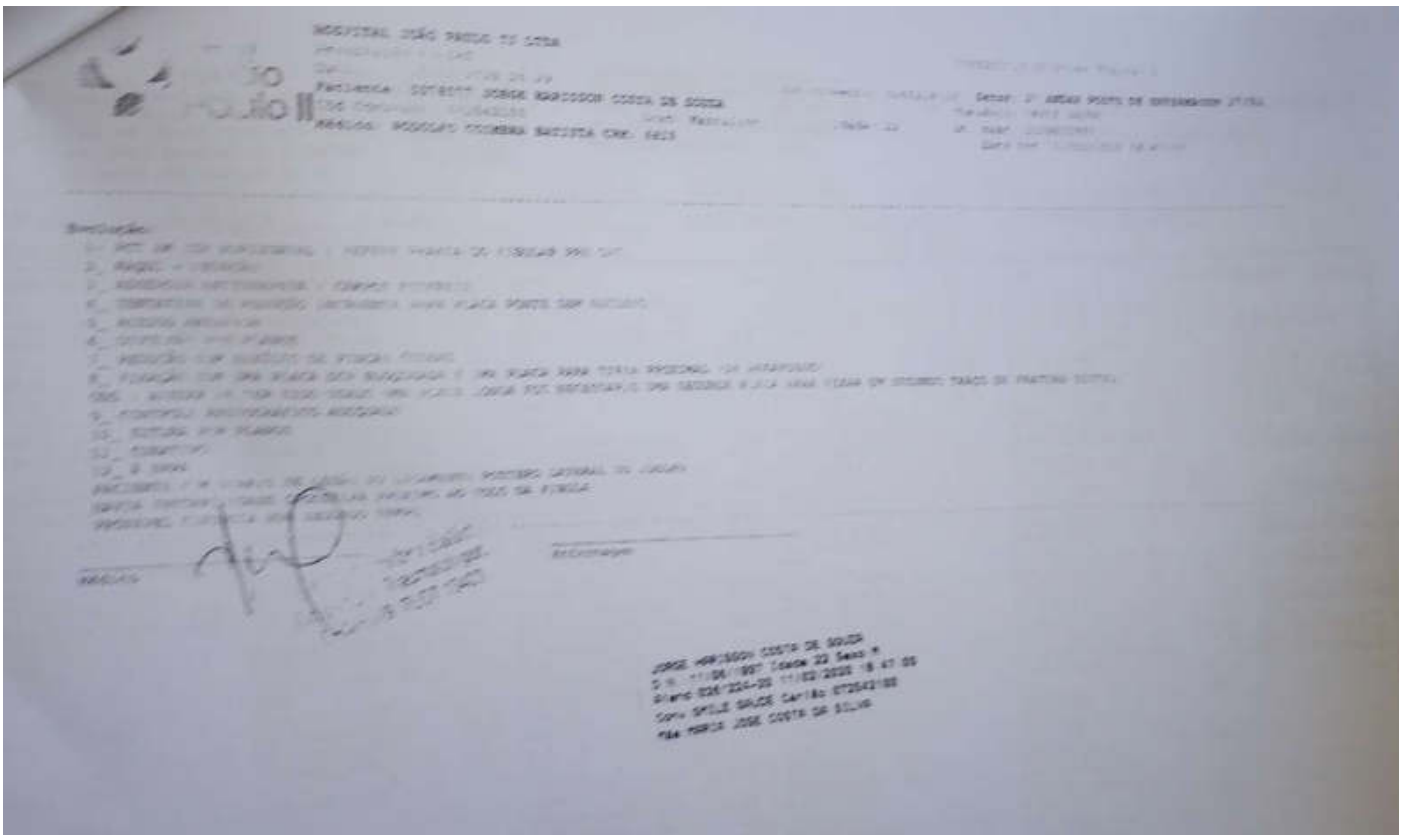
PRE-CONSULTA **CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO**
 Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO
 RA: FR: Aparentemente Bem Grave
 TP: Politraumatizado Convulsao
 Altura: Hemorragia Dispneia
 IMC: Diarreia Agitado
 Circ. Abd: O2%: Regular Chocado
 Vomito
 Queixa Principal Observacao
 EX DOS DADOS DA PRIMA D. FACTERCAO. HEETSU

Parente em acompanhados pelo HEETSU

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
 Pts 0 - Com nada no HOSPITAL de casa para Frank
 30 dias de dor no 04 e 11 horas. Pte esquerda com contusao
 de 10x10 cm no 12 meses. Pte SI ulna/sem TC.

Diagnostico | Conduta
 Fr. do ombro - Bm. (5) | Isao PI tuto u
 Prescricao | Horário de medicacao
 Dr. Thales C. Farias







CLINOR

Para: **JORGE HARRISON GOSTA DE SOUZA**
LAUDO MÉDICO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA SECUNDÁRIO A ACIDENTE DE MOTO NO DIA 02/03/2020 (SEGUNDO INFORMAÇÕES COLHIDAS COM PACIENTE). FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DIA 21/02/2020, EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE INFECTADA. SUBMETIDO A NOVA CIRURGIA PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE, ASSOCIADO A TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE INFECTADA COM FIXADOR EXTERNO EM OUTUBRO DE 2020. RETIRADA DO FIXADOR EM 12/05/2021. RETORNA EM 18/05/2021 EM VIRTUDE DE INTERCORRENCIA QUE CULMINOU COM NOVA FRATURA. SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRURGICO EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE E DEFORMIDADE DA TIBIA EM VARO (35°); ANTECURVATO (25°). DESTA FORMA APRESENTA DOR, E DEFORMIDADE DA PERNA ASSOCIADO A INSTABILIDADE DINÂMICA.
CID 10: T93 + M841

J. PESSOA, 25/01/2022.

Rodolfo Coimbra Batista
Ortopedista / Traumatologista
CRM 6819 TEOT 13403

RODOLFO COIMBRA BATISTA
Medico ortopedista - CRM 6819



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029
PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555
SUL - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR



CLINOR - Clin. de Ortop. Traumat. e Reabilitação Ltda
Rua: Baimão, nº 111 - GE - 50113-000
Cidade: Pernambuco - PE - Telefone: 3015-2029

CLINOR
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Para: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA
LAUDO MÉDICO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA SECUNDÁRIO A ACIDENTE DE MOTO NO DIA 02/03/2020 (SEGUNDO INFORMAÇÕES COLHIDAS COM PACIENTE). FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, MAS EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE INFECTADA. SUBMETIDO A NOVA CIRURGIA PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE, ASSOCIADO A TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE INFECTADA COM FIXADOR EXTERNO.

EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA. NO MOMENTO AGUARDA RETIRADA DO FIXADOR (POR CONTA DA PANDEMIA).
CID 10: S82 + M841

Rodolfo Coimbra Batista
Ortopedista / Traumatologista
CRM 6819 TEC 13403

J PESSOA, 23/02/2021.

RODOLFO COIMBRA BATISTA
Médico ortopedista - CRM 6819

CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 3015-2029
PRAIA - Av. General Edson Romão, 479 - 3226-7555
SUL - Av. Walthero Macedo Brandão, 1011 - 3235-4348

WWW.CLINOR.COM





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JORGE HERRISSON COSTA DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO 11/06/97
NOME DA MÃE MARIA JOSE COSTA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1 220.404
DATA DO ATENDIMENTO 02/02/20
HORA DO ATENDIMENTO 20:05
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S) TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10 T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ENTRADA: O PACIENTE FOI ATENDIDO NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM DORES NOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES DIREITO, LESÃO CORTO-CONTUSO EM M.I.D. COM DESALINHAMENTO, REGISTRO DE PROVAVEL FRATURA DE TÍBIA DIREITA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE PERNA DIREITA
RX DE TORNOZELO DIREITO
RX DE BRAÇO DIREITO
RX DE ANTEBRAÇO

RESULTADOS DOS EXAMES:

TRATAMENTO:

IMOBILIZAÇÃO COM JOELHO TALÁ
ALTA HOSPITALAR: 02/02/20
DATA DA EMISSÃO: 23/07/20

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2320/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: D.M.A., INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

CERTIDÃO

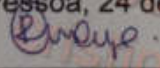
Nº. 0396/2020

Atendendo solicitação de **JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº299056 e Prontuário nº 2017.02.2597 pertencentes ao paciente **JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA** que foi atendido dia 03/2/2020 às 02h10min, vítima de acidente automobilístico, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direito. Paciente solicitou alto a apedido dia 11/02/2020.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 24 de julho de 2020


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

Dra Rossana de Fátima de A. Barbosa
Clínica Médica/Medicina Internista
GERIATRIA / CRM - PB 3533

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46



Hospital João Paulo II Ltda
Rua Eurípedes Tavares, 352 - Centro
João Pessoa - PB - Cep 58013-290
CGC : 40.939.944/0001-43 INSC. EST : 15.095.920-9

FICHA DE INTERNAÇÃO

DADOS PESSOAIS

Interação: 0281224-20
Paciente: 0078577 JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA Religião:
Código: SMILE SAÚDE
Eixo: MASCULINO Data nascimento: 11/06/1997 Cor: Idade: 22
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Car: Cód Convênio: 072542100
Naturalidade: JOÃO PESSOA A 3825451 C.P.F.: 10466571437
Filiação: e MARIA JOSE COSTA DA SILVA Número: 71
Endereço: LIBERIO MOREIRA DA SILVA 71
Bairro: VALÉRIA Oe: Fone: (83)8639-2385
Cidade: JOÃO PESSOA PB CEP: 58053-200

DADOS HOSPITALAR

Data/Hora: 11/02/2020 18:47:00 Local: 2º ANDAR POSTO DE
Quarto/Leto: 26 91 Fone resp: (83)8639-2385
Responsável: JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA
Médico: 9811 PRISCYLLA LINS FILGUEIRAS C.P.F.: 07357617458
Especialidade: CLÍNICA MÉDICA Ci. Atend.: Usuário AMANDAMATA

Código Procedimento
10102019 VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Condições de alta Curado a Perdo Sem melhora
 Melhorado Indisciplina Permanência
 Transferido Óbito

PRISCYLLA LINS FILGUEIRAS

AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA E/OU TRATAMENTO
Declaro que eu, abaixo assinado, consento em ser submetido a qualquer cirurgia, anestesia ou terapêutica que for julgada necessária ou prudente para meu tratamento.

Data/Hora: _____
JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA

RESPONSÁVEL PELA FICHA
Declaro que eu, abaixo assinado, sou responsável pelo paciente e que tomo ciência do regulamento do Hospital, afixado na dependência da internação, e responsabilizo-me pelas despesas que vierem a ocorrer com o mesmo.

Data/Hora: _____
JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA

RG: 3825451
CPF: 10466571437

JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA
D N. 11/06/1997 Idade: 22 Sexo: M
Nome: 0281224-20 11/02/2020 18:47:00
Conv: SMILE SAÚDE Carimbo: 072842100
Mãe: MARIA JOSE COSTA DA SILVA

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46



HOSPITAL JOÃO PAULO II LTDA

Prescrição 683917

Data: 16/03/2020 00:28

Paciente: 0078577 JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA

Cod. Convênio: 072542100

Sexo: Masculino

Idade: 32

Enfermagem: SUELE DE ARAÚJO ROSENO SILVA COREN: 0765106

Qtde Unidades Hospitalares

16/03/2020 00:28:08 Página: 1

Relatório de Enfermagem

Internamento: 0261224-20 Setor: 2º ANDAR POSTO DE ENFERMAGEM 26/01

Convênio: SMILE SAÚDE

DT. Nasc: 11/06/1987

Data Int: 11/02/2022 18:47:00

Seq Prescrição

Histórico/observação

Evolução:

19h30 - PACIENTE EM TRATAMENTO CLÍNICO DE FRATURA DE TÍBIA. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO. ACIANÓTICO, ANÉSTÉSICO, ESTABIL, ESPERICO, ALGO HIPOCORRADO, NÚMERO CARDÍACO, ABDOME FLACIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO, DIURSE ESPONTANEA PRESENTE, EVACUAÇÕES PRESENTES SIC, RIG INDICANDO COM ENVAZAMENTO. ACEITA A DIETA OFERECIDA, REFERE FRAQUEZA. 7H - SEGUE SOB CUIDADOS DA EQUIPE.

Enfermagem

Enfermagem

JORGE HARRISON COSTA DE SOUZA
O N 11/06/1987 Idade 32 Sexo M
Atend 0261224-20 11/02/2022 18 47 00
Conv SMILE SAÚDE Cartão 072542100
Mãe MARIA JOSE COSTA DA SILVA

SUELE DE ARAÚJO ROSENO SILVA
Enfermeira
COREN-PB 486.454

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:28:46

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.825.451

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/01/2010

NOME JORGE HARRISSON COSTA DE SOUZA

FILIAÇÃO FRANCISCO ASSIS DE SOUZA

MARIA JOSÉ COSTA DA SILVA

NATURALIDADE

JOAO PESSOA - PB

DATA DE NASCIMENTO

11/06/1997

DOC O NASC. N. 4637 FLS. 256 LIV. A-5
CARTORIO 10. JOÃO PESSOA - PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Jorge H. Arribeiro Costa de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASL-0004071/22
Cristina.alves
02/05/2022 10:32:08





LAUDO TRAUMATOLÓGICO Nº 03.01.06.012022.001630

Ferimento ou ofensa física

Data/Hora do Exame: 25/01/2022 17:00:00

Em 25 de Janeiro de 2022, o(a) Chefe do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal de JOÃO PESSOA, **CRISTIANE HELENA DA SILVA BARBOSA FREIRE**, atendendo a solicitação expedida pelo(a) **DELEGADO(A) ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA** de acordo com a Requisição de Exame 9/20222 da DAV, datada de 25 de Janeiro de 2022 designou Perito(a) Oficial Médico legal para proceder ao exame Traumatológico de conteúdo Médico Legal em **JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA**, Nacionalidade: Brasileira, Estado Civil: Solteiro(a), nascido em: 11/06/1997 (24 anos) natural de: NÃO INFORMADO sexo: MASCULINO, Raça/Cor: PARDA; filho(a) de FRANCISCO ASSIS DE SOUZA e MARIA JOSÉ COSTA DA SILVA, residente em RUA LIBERIO MOREIRA DA SILVA, N 71, VALENTINA, JOÃO PESSOA / PB.

HISTÓRICO Consta na requisição policial que o examinado fora vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 02/02/2020, sendo socorrido para o Hospital Humberto Lucena, posteriormente para o Complexo Hospitalar de Mangabeira e em seguida par o Hospital João Paulo II.

DESCRIÇÃO DO EXAME - Discreta hipotrofia em musculatura de coxa direita em comparação com a coxa contra lateral esquerda; importante curvatura lateral de perna direita; artrose com deformidade em varo de perna direita; instabilidade ortostática; deambula com claudicação.

Trouxe laudo médico emitido por Dr. Rodolfo Coimbra, CRM PB 6819, datado de 25/01/2022 que refere paciente vítima de acidente de moto com fratura de tibia direita sendo submetido tratamento cirúrgico no dia 21/02/2020, evoluindo com pseudoartrose infectada. Fora ressubmetido a cirurgia para troca de material, sendo colocado fixador externo em outubro de 2020, com retirada em 12/05/2021. Em 18/05/2021 em virtude de nova intercorrência, apresentou nova fratura, sendo submetido a fratura a tratamento conservador (não cirúrgico) evoluindo com pseudoartrose e deformidade tibial em varo (35°) antecurvato (25°), apresentando dor e deformidade da perna com instabilidade dinâmica. CID-10: T93 + M841

Trouxe laudo médico emitido pelo Hospital Humberto Lucena, assinado por Dr. José de Almeida Braga, CRM PB 2329, datado de 23/07/2020, que refere atendimento em virtude de acidente de moto, com CID T149, traumatismo não especificado. Expondo provável fratura de tibia direita, com tratamento de imobilização com joelheira tala.

Trouxe certidão emitida pelo Complexo Hospitalar de Mangabeira, assinado por Dra. Rossana Barbosa, CRM PB 3533, datada de 24/07/2020 que reporta paciente atendido 03/02/2020 com trauma em membro inferior direito, com diagnóstico de fratura de perna direita, com paciente solicitando alta a pedido no dia 11/02/2020.

Trouxe cópia de prontuário médico emitido pelo Hospital João Paulo II, datado de 20/02/2020, assinado por Dr. Rodolfo Coimbra, CRM PB 6819, que reporta tratamento cirúrgica de fratura de tibia. No momento exato deste exame pericial, o periciando apresenta:

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

- 1-Há ferimento ou ofensa física? **SIM**
- 2-Qual o meio que ocasionou? **AÇÃO CONTUNDENTE**
- 3-Houve perigo de vida? **NÃO**
- 4-Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? **SIM instabilidade dinâmica e estática; limitação da flexo-extensão da perna direita, com perda funcional de 25%.**
- 5-Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? **SIM Devido à fratura da perna direita**
- 6-Provocou aceleração de parto? **NÃO SE APLICA**
- 7-Resultou perda ou inutilização de membro sentido ou função? **NÃO**
- 8-Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? **NÃO**

Assinatura Eletrônica

Laudo 03.01.06.012022.001630 Assinado eletronicamente por Perito(a) Oficial Médico Legal SARAH VINAGRE MARTINS Matrícula 168246-6 CRM: 6497 em 11/03/2023 17:30:34, conforme horário de Brasília, com fundamento na Lei Federal N 14.063/2020



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 1046657437 4 - Nome completo da vítima: Jorge Marinho Costa de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Jorge Marinho Costa de Souza 6 - CPF: 1046657437
 7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: R. Leônidas Moreira da Silva 9 - Número: 73 10 - Complemento: casa
 11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: Joaquim Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58063-200
 15 - E-mail: VARA.COSTA.JP@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): (83) 98639-2385

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR OU CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR OU TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 2303 CONTA: 01028106
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização do Seguro DPVAT.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Joaquim Pessoa 18/09/2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020076/22

Número do Sinistro: 3220036504

Vítima: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

CPF: 104.665.714-37

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA : 104.665.714-37

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020076/22

Vítima: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

CPF: 104.665.714-37

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/02/2020

Titular do CPF: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA : 104.665.714-37

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/07/2022
Nome: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA
CPF: 104.665.714-37

JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/07/2022
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220036504

Vítima: JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

Data do Acidente: 02/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **033**

Agência: **000002301**

Conta: **000001028106-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00315/00316 - carta_30 - INVALIDEZ



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 1046657437 4 - Nome completo da vítima: Jorge Marinho Costa de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Jorge Marinho Costa de Souza 6 - CPF: 1046657437
 7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: R. Leônidas Moreira da Silva 9 - Número: 73 10 - Complemento: casa
 11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: Joaquim Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58063-200
 15 - E-mail: VARA.COSTA.IP@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): (83) 98639-2385

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR OU CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR OU TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 2303 CONTA: 01028106
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização do Seguro DPVAT.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Joaquim Pessoa 18/09/2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01081.01.2022.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01081.01.2022.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:04 horas do dia 19 de janeiro de 2022, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Jorge Harisson Costa de Souza**, CPF nº 104.665.714-37, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria José Costa da Silva e Francisco Assis de Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 11/06/1997 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Liberio Moreira da Silva, Nº 71, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Supermercado Bemais, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98792-6746.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Abelardo Jurema Filho, Mituaçu, Conde/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 02/02/20 18:22h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, NO DIA 02.02.2020 POR VOLTA DAS 18h;22MIN O NOTICIANTE TRAFEGAVA NA RODOVIA ABELARDO JUREMA FILHO/CONDE CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/BROS, ANO 2011, COR VERMELHA, PLACA NPT5813/ PB -BAYEUX, QUANDO O NOTICIANTE AO TENTAR ULTRAPASSAR O VEÍCULO DE MARCA CLASSIC, COR PRETO, PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE ESSE VEÍCULO NÃO SINALIZANDO QUE IRIA ENTRAR A ESQUERDA, PARA A ENTRADA DE MITUAÇU, FREIOU BRUSCAMENTE E O NOTICIANTE NÃO CONSEGUINDO DESVIAR DESSE VEÍCULO, VEIO A COLIDIR NA LATERAL, DO LADO ESQUERDO E COM O IMPACTO DA COLISÃO O NOTICIANTE FOI ARREMEÇADO AO SOLO, VINDO A SER SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS, SENDO CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA, APÓS DOIS DIAS FOI TRANSFERIDO PARA O TRAUMINHA, PASSANDO TREZE DIAS INTERNO, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL JOÃO PAULO II, APRESENTANDO O LAUDO MÉDICO CONSTANDO CID 10:S82 +M841, ASSINADO PELO DR.RODOLFO COIMBRA BATISTA-CRM 6819-TEOT 13403;QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO CLASSIC, NÃO PRESTOU SOCORRO AO NOTICIANTE, QUE SUA MOTOCICLETA FICOU BASTANTE DANIFICADA;MOTIVO PELO QUAL VEIO COMUNICAR O OCORRIDO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAIBA

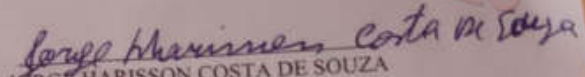


**GOVERNO
DA PARAIBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 19 de janeiro de 2022.


JOSÉ SAULO ARAÚJO NEGREIROS
Agente de Investigação


JORGE HARISSON COSTA DE SOUZA
Noticiante

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:23:26

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:23:26

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:23:26

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:23:26

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:23:26

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:23:26

ASL-0004071/22
cristina.alves
02/05/2022 10:23:26

Procedimento Policial: 01081.01.2022.1.00.401

